This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

MÉMOIRE

SUR UN CAS DE PHTHISIE

(dite Fibroïde)

AVEC

ATION COMPLÈTE D'UN POUMON

PAR

BOVELL-STURGE, docteur en médecine (Paris)

Ex-Médecin du Nouvel Hopital des Femmes-Londres

(Extrait du *Nice-Médical*, numéro de février)

NICE

TYPOGRAPHIE, LITHOGRAPHIE ET LIBRAIRIE S. CAUVIN-EMPEREUR

Rue de la Préfecture, 6, et Place de la Préfecture, 1.

1882

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
L311.3 .S93 1882
Mémoire sur un cas de phthisie (dite fi
24503306997

L311.3
S93
1882

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

MÉMOIRE

SUR UN CAS DE PHTHISIE

(dite Fibroïde)

AVEC

EXCAVATION COMPLÈTE D'UN POUMON

PAR

Emilie BOVELL-STURGE, docteur en médecine /Paris)

Ex-Médecin du Nouvel Hopital des Femmes-Londres

(Extrait du *Nice-Médical*, numéro de Février)

NICE

TYPOGRAPHIE, LITHOGRAPHIE ET LIBRAIRIE S. CAUVIN-EMPEREUR

Rue de la Préfecture, 6, et Place de la Préfecture, 1.

1882

LANE LIBRARY

LANE LIBRARY

MÉMOIRE SUR UN CAS DE PHTHISIE

(dite Fibroïde)

AVEC EXCAVATION COMPLÈTE D'UN POUMON

par

Emilie Bovell-Sturge, doct. en médecine.(Paris)

—

Lu devant la Société de Médecine et de Climatologie de Nice, le 20 janvier 1882.

—

L'observation que je vous présente ce soir appartient à un type dont on a publié jusqu'à présent très-peu d'exemples. Le Dr Samuel West (jeune médecin de Londres) a lu devant la Société Pathologique de Londres, l'an dernier, deux observations (1) qui semblent devoir être placées dans la même catégorie. Elles sont malheureusement incomplètes quant à l'histoire clinique.

Le Dr Allen Sturge m'a fourni l'observation d'une malade qui est venue à plusieurs reprises pendant trois ans à sa consultation au Royal Free Hospital-Londres. L'histoire de cette malade et les signes physiques qu'elle présentait la font appartenir au même groupe : Elle était encore vivante et jouissait d'une santé passable au mois d'octobre dernier.

Des caractères frappants font distinguer le type dont je parle des types ordinaires de la phthisie ; et parmi ces caractères il y en a un certain nombre qui le séparent aussi très-nettement des diverses formes de fibrose pulmonaire connues sous les noms de *cirrhose du poumon, pneumonie chronique interstitielle, phthisie des mineurs.*

Voici les caractères distinctifs du groupe :

1° La chronicité de l'affection dès le début et la lenteur de sa marche.

(1) Transac of the Path. Soc. of London: 1880. vol. XXXI. P. 50.

64782

2° L'unilatéralité ou la presqu'unilatéralité de la lésion.

3° L'étendue et la gravité de la lésion pulmonaire avec symptômes généraux peu marqués et nullement en rapport avec l'état local.

4° L'adhérence complète des deux feuillets de la plèvre et l'épaississement très considérable de cet organe du côté de la lésion.

5° L'excavation complète du poumon affecté, de sorte que le tissu pulmonaire n'est plus représenté que par une mince couche de tissu fibreux qui tapisse la plèvre épaissie.

6° (1) La mort arrive le plus souvent non par épuisement mais par une affection pour ainsi dire accidentelle, telle qu'une bronchite ou une pneumonie du côté opposé à la lésion.

Afin de bien faire ressortir ces caractères je propose de résumer très brièvement les deux observations du Dr Samuel West et celle du Dr Sturge ; ensuite de vous lire l'observation qui m'est personnelle.

1re *Observation du Dr Samuel West.*

Pas d'histoire du malade avant son entrée à l'hôpital.

Etat actuel à son entrée. La dyspnée est extrême. Il existe un peu d'aplatissement du côté gauche du thorax, et un son tympanique s'entend à la percussion. La résonnance vocale n'est pas exagérée. La respiration du même côté est amphorique et l'on obtient le bruit d'airain par la méthode ordinaire. On pratique trois fois la paracentèse chez ce malade, et il sort chaque fois quelques cuillerées de pus et beaucoup d'air. Le malade éprouve un soulagement temporaire, mais il meurt au bout de quelques jours.

Autopsie. Le corps est anémique mais pas cachectique. Il y a un peu d'œdème des chevilles et de la main gauche.

Poumon gauche. Le péricarde est attiré du côté gauche. *La plèvre* du même côté, *est partout adhérente et extrêmement épaissie* ; elle forme les parois d'*une immense caverne, produite par l'excavation complète du poumon.*

De grosses bandes fibreuses marquent les anciennes divisions entre les lobules et le trajet des gros vaisseaux.

La plupart des bronches sont complètement oblitérées.

Il y a des signes de péricardite récente. Le poumon droit est hypertrophié et emphysémateux. La base est congestionnée. Au sommet, il existe une petite caverne ancienne. Le tissu pulmonaire est ferme, pigmenté, et contient çà et là quelques petits noyaux jaunes.

---

(1) Ce caractère n'est pas constant.

2me *Observation du Dr Samuel West*

Le malade était un peu souffrant pendant deux ans, avant d'entrer à l'hôpital, et il eut une fois, une légère hémoptysie : mais il continuait tout de même à travailler. (1)

A son entrée on constate un peu d'aplatissement du côté gauche qui est mât à la percussion. Avec la main on perçoit un peu la vibration vocale en arrière mais pas du tout ailleurs. Au sommet la toux est amphorique et on obtient le bruit d'airain. Cinq semaines après son arrivée à l'hôpital le malade meurt subitement par hémoptysie.

Autopsie. Le corps est maigre mais pas cachectique. Le côté gauche est aplati, le péricarde attiré à gauche. *Le poumon du même côté est complètement excavé dans toute son étendue,* et les parois de la vaste cavité ainsi produite sont formées par les *deux feuillets de la plèvre adhérentes partout et ayant pris une épaisseur considérable.*

Au milieu de la caverne on voit un anévrysme de la grosseur d'une petite cerise sur une des branches de l'artère pulmonaire ; dont la rupture avait causé la mort du malade. Dans le poumon droit il y a quelques noyaux d'induration dans le lobe supérieur. Il est hypertrophié et emphysémateux.

Observation du Dr. Allen Sturge

Histoire. Elizabeth R. agée de 37 ans, mariée. Le père vit âgé de 66 ans et jouit d'une bonne santé. La mère est morte à l'âge de 45 ans, phthisique. Un frère et deux sœurs sont bien portants. Une sœur est morte âgée de 33 ans avec une ascite; et un frère à 37 ans : la cause de sa mort est inconnue.

La malade a eu 4 enfants, qui sont tous morts jeunes. Ils toussaient et ils avaient des convulsions. Elle a fait trois fausses couches.

Elle se portait bien jusqu'à l'âge de 17 ans, lorsqu'elle quitta la campagne pour venir vivre à Londres, et elle commença tout de suite à tousser. Elle tousse plus ou moins presque toujours depuis, c'est-à-dire depuis 20 ans.

Il y a 8 ans elle avait une pleurésie de côté gauche et elle gardait le lit pendant 5 semaines. Elle a craché du sang plusieurs fois en petite quantité seulement. Elle a eu parfois des sueurs la nuit. Elle

(1) *Il y avait eu plusieurs morts par la phthisie dans la famille.*

n'a pas notablement maigri et elle se porte assez bien pour faire son ménage, et pour faire d'assez longues courses à pied.

Etat actuel. La malade est un peu délicate d'apparence, mais bien nourrie et ne présente aucun signe d'amaigrissement. Elle tousse beaucoup. La poitrine est bien formée ; elle paraît un peu aplatie au sommet droit. Mais les mouvements thorcciques sont plus libres à droite qu'à gauche.

La Percussion donne une matité assez marquée au sommet *gauche* qui devient complète au bord supérieur de la troisième côte ; elle est moins marquée sous l'aisselle et dans la fosse sus-épineuse, mais elle redevient complète à la base en arrière.

La Respiration est partout caverneuse ou absente ; et dans toute l'étendue du poumon, on entend la péctoriloquie lorsque on fait parler la malade à voix basse.

A droite, la sonorité paraît normale partout, excepté dans la fosse sus-épineuse où il y a une matité relative.

La respiration du même côté est normale, excepté au sommet où elle est un peu rude.

4me *Observation personnelle*
prise sur une malade dans mon service au Nouvel Hôpital
des Femmes à *Londres*.

Histoire. F. K. Non-mariée agée de 44 ans. D'après le dire de la malade et de sa sœur aucun membre de leur famille n'a été phthisique. La sœur est bien portante et elle a des enfants qui sont bien portants aussi.

La malade se portait bien jusqu'à l'age de 34 ans. Elle a toujours vécu chez sa sœur, qu'elle aidait à faire le ménage et à élever les enfants ; la famille était assez bien nourrie, et la malade n'a jamais souffert de la misère.

Il y a 10 ans elle a commencé a tousser ; suite d'un refroidissement ; mais sa santé ne s'altérait pas, et elle ne se rapelle pas avoir eu d'autres symptômes à cette époque. Il y a 5 ans, elle a craché du sang, mais elle continuait à aider sa sœur comme d'habitude, et faisait peu d'attention à sa santé. Il y a 3 mois seulement qu'elle se sent vraiment malade et qu'elle a beaucoup maigri. Elle n'a plus ses règles depuis 18 mois ; ce qui s'explique par son âge.

Etat actuel à son entrée à l'hôpital le 23 Janvier 1879.

La malade parait très amaigrie, mais pas cachectique. Elle se lève tous les jours volontiers. Elle a un certain degré de dyspnée, mais *elle n'est pas excessive ;* une toux fréquente et quinteuse avec expec-

toration mucopurulente abondante, mais sans odeur. Cette toux l'empêche de bien dormir.

L'appétit est assez bon, et la digestion facile, les selles régulières. Elle n'a ni diarrhée ni sueurs. Le pouls est régulier à 72; température du soir 37, 8.

Ex. de la poitrine. La malade est extrêmement maigre, et à cause de sa maigreur on ne peut juger s'il y a ou non aplatissement de la poitrine dû à une lésion organique.

A gauche, matité complète du *sommet jusqu'à la base.* Absence du murmure vésiculaire. A la partie supérieure du poumon on entend un souffle caverneux et la toux prend un son métallique. Pas de râles.

A droite un peu de matité au sommet, et quelques râles muqueux.

Cœur. On perçoit la pulsation du cœur dans le second espace intercostal à g., et l'on entend un souffle systolique au même endroit.

Urines. G. S. 1005, elles sont légèrement acides, elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

La malade prend pendant 3 semaines de l'huile de foie de morue, et une potion pour calmer la toux. Elle se dit mieux; mange assez bien, et reste levée tous les jours pendant une grande partie de la journée. La température ne dépasse jamais 37, 8, même le soir.

13 Février. Puis le 13 février, 3 semaines après son entrée à l'hôpital elle a eu pendant la nuit une hémoptysie assez abondante qui s'est répétée le 17, quoique dans l'intervalle elle gardât le repos le plus complet et prit sa nourriture froide avec des boissons acidulées et glacées.

Le seul changement à noter dans les phénomènes respiratoires, c'était la présence de gros râles métalliques au sommet gauche et quelques jours après l'expectoration avait une odeur tout à fait fétide. Le 24 (c'est-à-dire 8 jours après la seconde hémoptysie) la malade se dit mieux. Elle a eu un gargarisme à l'acide phénique, et l'expectoration a perdu son odeur, la température reste toujours peu au-dessus de la normale.

Elle commence bientôt à se lever et elle continue assez bien encore pendant 3 semaines. Le 23 mars je remarque qu'elle a plus de dyspnée que d'habitude et je trouve des râles métalliques au sommet droit. On lui met un sinapisme qui la soulage temporairement, mais à partir du 28 on n'arrive plus à la soulager beaucoup, et après le 31 elle ne peut plus se coucher sur ses oreillers. Le 1er avril je trouve une sonorité exagérée à la base du poumon droit avec matité du sommet, où la respiration est très soufflante aux deux temps.

La malade meurt sans agonie le matin du 3 avril, 7 semaines après sa première hémoptysie dans l'hôpital et 11 jours après l'augmenta-

tion de la dyspnée par l'extension de la lésion qui existait au sommet droit.

Autopsie faite le 4 avril 1879, 27 heures après la mort.

Le corps est extrêmement amaigri. A l'ouverture du thorax on voit le poumon gauche très diminué de volume, et le cœur presque à nu.

Poumon droit. Il reste adhérent avec la plèvre au sommet, mais il n'y a pas d'adhérences à la base. Au sommet on trouve plusieurs petites cavernes, des noyaux caséeux, et de l'induration fibreuse. Nulle part on ne trouve de granulations grises. Le lobe inférieur est très congestionné et œdémateux. A la coupe on voit sortir une quantité considérable de liquide couleur de sang; aucune partie ne va au fond de l'eau.

Poumon gauche. Il est adhérent partout, on est forcé de faire une véritable dissection afin de le séparer des parois thoraciques. Il est très petit, et *consiste d'une seule cavité ramifiée*, dans laquelle se termine la bronche principale. Les parois de la cavité sont formées par du tissu pulmonaire, dense, résistant, fibreux. Celui-ci tapisse une sorte de coque fibreuse, ayant deux centimètres d'épaisseur, qui représente les deux feuillets adhérents de la plèvre. Il y a des ulcérations étendues sur la surface interne de la cavité.

L'artère pulmonaire gauche est du calibre normal, mais ses parois sont beaucoup plus épaisses que celles de l'artère pulmonaire droit. L'artère gauche est presque entièrement obstruée par un caillot, dont une partie est vieille et adhérente aux parois de l'artère ; tandis que le reste est de formation récente, non friable, non adhérent. Le caillot a la couleur du sang.

Cœur. Le cœur droit contient beaucoup de caillots blancs entrelacés avec les colonnes charnues. Pas d'autre lésion.

Foie. Il est graisseux, congestionné, et commence à prendre l'aspect du foie muscade.

Rate. Elle a l'aspect normal.

Reins. Ils sont mous, et un peu graisseux.

Intestins. Ils ne présentent pas de signes extérieurs d'ulcération, ce qui correspond avec l'absence de symptômes intestinaux pendant la vie.

Dans les trois cas d'autopsie que nous venons de voir, il y a eu chaque fois la même combinaison remarquable ; l'excavation complète du poumon gauche avec adhérence complète et épaississement énorme des deux feuillets de la plèvre. Et à juger d'après les renseignements cliniques, cet état a pu exister, pendant un temps plus ou moins long, sans donner lieu à des symptômes généraux en

rapport avec l'état local ; il n'a même pas empêché les malades de vaquer à leurs occupations habituelles. Quant à la 4me malade, celle qui vivait encore en assez bonne santé au mois d'octobre dernier, les signes physiques paraissent indiquer qu'une lésion semblable existe chez elle. Je peux ajouter que le Dr Allen Sturge a fait aussi l'autopsie d'un 5me malade chez lequel il a trouvé absolument la même lésion du poumon et de la plèvre, mais du côté droit. Le sujet était un garçon de 15 ans, (1) bien nourri, gras et d'aspect frais et bien portant ; qui était entré à l'hôpital parce qu'il souffrait de la dyspnée ; et qui est mort par une bronchite.

Par quel mécanisme donc cette combinaison remarquable, a-t-elle pu se produire dans chacun de ces cas ?

Pour pouvoir répondre à cette question il faut nous rappeler brièvement les divers modes de production des cavernes pulmonaires et les conditions qui peuvent donner lieu à une métamorphose fibroïde du tissu du poumon.

(1) La *métamorphose fibroïde* peut se produire à la suite d'une inflammation subaigue ou chronique avec dégénérescence caséeuse du tissu pulmonaire dans une étendue plus ou moins grande. Autour des parties ramollies ou caséfiées (c'est-à-dire à la périphérie des noyaux d'inflammation) le tissu pulmonaire subit la transformation fibreuse.

(2) Une bronchite chronique peut être cause de l'épaississement du tissu fibreux qui entre dans la composition des parois des bronches ; et les fibres qui unissent la substance pulmonaire avec les bronches ne seront pas épargnées mais vont subir la même transformation.

(3) Une pleurésie sèche chronique ou à répétition fréquente donnera lieu à l'épaississement de la plèvre et des fibres, qui, partant de celle-ci, pénètrent dans la substance pulmonaire pour y former les divisions entre les lobules.

(4) Il peut se faire dans certains cas avec ou sans cause préalable connue, une prolifération du tissu conjonctif qui forme, pour ainsi dire, le squelette du poumon ; de sorte que l'organe tout entier finit par subir la métamorphose fibroïde : comme cela se voit pour le foie dans la cirrhose et pour le rein, dans le petit rein contracté : c'est la véritable cirrhose du poumon.

Mais quel que soit le mode de formation du tissu fibreux, celui-ci se rétrécit à mesure qu'il vieillit, d'où la rétraction correspondante de la substance pulmonaire en partie ou en totalité. Cette rétraction pulmonaire laisse nécessairement un vide proportionnel dans l'es-

(1) Nommé Rouland.

pace que remplit l'organe à l'état normal ; et ce vide peut être comblé de trois manières différentes.

(a) Le poumon du côté opposé peut s'hypertrophier au point de dépasser la ligne médiane et combler ainsi le vide en question.

(b) Si les parois de la poitrine ne sont pas trop rigides, elles peuvent être tirées en dedans par le tissu fibreux à mesure que celui-ci se retrécit, et la cavité de la poitrine sera ainsi diminuée de volume.

(c) Mais si les parois du thorax refusent de céder, les parois des bronches seront tirées en dehors par la rétraction du tissu fibreux, et il se produira l'état connu sous le nom de dilatation des bronches.

La fibrose du poumon peut donc avoir eu comme point de départ ; soit une *pneumonie subaigue* ou *chronique*, soit une *bronchite* ou *une pleurésie sèche chronique*, soit enfin une *prolifération généralisée du tissu conjonctif pulmonaire*, autrement dit une *cirrhose*.

Parmi tous ces processus, y en a-t-il qui peuvent donner lieu à la formation d'une excavation telle que nous la trouvons dans les quatre autopsies que nous venons de voir; telle que l'excavation qui doit exister aussi chez la malade du Dr Sturge, qui vivait encore ; (obs. 3) au mois d'octobre dernier ?

La *Pneumonie subaigue* ou *chronique*, est une cause fréquente de la formation de cavernes pulmonaires : mais une pneumonie d'une intensité ou d'une étendue suffisantes pour produire l'excavation complète d'un poumon serait certainement accompagnée de symptômes généraux graves; entre autres d'une élévation considérable de la température, pendant une période plus ou moins longue. Si l'on vient à faire l'autopsie, la plèvre ne sera pas nécessairement adhérente, et ne sera que rarement très épaissie. De plus, on trouve dans des cas semblables presque toujours une lésion du même caractère, quoique moins avancée, dans le poumon du côté opposé.

La *cirrhose du poumon* se trouve exceptionnellement associée avec la présence de cavernes dans l'organe qui a subi cette métamorphose ; et lorsqu'elles existent elles sont assez circonscrites. Le tissu pulmonaire dans la cirrhose ayant pris une consistance dure et rigide ne se prête pas facilement au processus ulcératif ; et les cavernes qui peuvent en résulter ne seront jamais assez étendues pour faire disparaître un poumon dans sa totalité.

La *pleurésie sèche chronique* est le plus souvent symptômatique de la tuberculose, et si elle donne lieu à la formation de cavernes, celles-ci seront sous la dépendance du processus tuberculeux. Il

est évident que la maladie chronique et presque sans symptômes généraux que nous étudions ne rentre pas dans cette catégorie.

Reste *la dilatation des bronches* ; celle-ci peut devenir une cause de production de cavernes dans le poumon par un mécanisme tout particulier, que voici :

Lorsque les tuyaux bronchiques sont arrivés à un certain degré de dilatation (avec diminution proportionnelle de leur élasticité) les mucosités, qui dans l'état normal de cet organe seraient chassées en haut et ainsi expulsées, tendent à rester à la partie inférieure des tuyaux bronchiques et à accumuler dans leurs extrémités dilatées. Là elles subissent facilement la décomposition par l'action de l'air, et prennent une odeur particulière, bien connue. A mesure qu'elles s'accumulent, la masse s'étend peu à peu jusque dans les alvéoles pulmonaires, où elle devient une cause d'irritation chronique, et finit par donner lieu à un processus ulcératif qui ronge lentement mais sûrement le tissu pulmonaire ; laissant à sa place une excavation plus ou moins grande, selon la période qu'a duré le processus, et selon le plus ou moins de résistance que le tissu pulmonaire a pu lui opposer.

Lorsque le tissu qui subit le processus ulcératif est un tissu fibreux dense, résistant, comme dans la cirrhose, l'ulcération ne peut jamais prendre une grande étendue, et les cavernes qui en résultent seront petites. Lorsqu'au contraire le tissu pulmonaire est simplement carnéfié la résistance offerte au processus ulcératif sera presque nulle et permettra la destruction du poumon tout entier.

Mais si la bronchiectasie peut ainsi donner lieu à la formation lente d'une caverne aussi considérable, sans qu'il y ait des symptômes généraux graves, par quel mécanisme la bronchiectasie elle-même s'est-elle produite chez ma malade ?

Une bronchite chronique ne donnerait pas lieu à un épaississement de la plèvre aussi considérable que celui qui existait chez elle (la plèvre gauche avait 2 centimètres d'épaisseur). Il faudrait donc chercher une autre explication de l'ensemble des phénomènes dont il s'agit. J'offre pour votre considération l'hypothèse suivante, qui me paraît en rapport avec les faits. Que la malade a eu d'abord une pleurésie, pleurésie chronique dès le début, qui la gênait si peu qu'elle n'avait même pas pensé à se faire soigner.

(Il n'est pas très rare de voir des malades qui ont depuis longtemps un épanchement dans la plèvre, n'ayant donné lieu à aucun symptôme, sauf à un peu de dyspnée, et qui n'est reconnu enfin que lorsqu'ils viennent à l'hôpital se faire soigner pour autre chose.)

Après la résorption de l'épanchement il resterait des adhérences

entre les deux feuillets de la plèvre ; avec un certain degré d'épaississement de cet organe. Le poumon, longtemps comprimé, et devenu par conséquent plus dense et plus petit qu'à l'état normal, et incapable de se dilater (à cause des changements survenus dans les alvéoles) serait incessamment tiraillé par l'effort énorme que feraient les parois de la poitrine pour retrouver leur position normale.

Et ce tiraillement, cette lutte continuelle entre les parois thoraciques d'un côté, et le poumon et les bronches de l'autre, aurait finit par produire une lésion de l'organe qui présentât le moins de résistance, c'est-à-dire les bronches : d'où *la bronchiectasie*, l'ulcération consécutive et l'excavation du poumon par le mécanisme déjà décrit.

Il est évident que dans cette lutte la plèvre, située comme elle l'est entre les parois thoraciques et le poumon ; serait vivement éprouvée ; et l'extrême degré d'épaississement de cet organe que nous avons vu chez ma malade serait sans doute le résultat de ce tiraillement.

Les autres conditions que nous avons vues chez ma malade s'accordent bien avec l'explication que je viens de soumettre à votre appréciation : la chronicité de la maladie dès le début, le peu de symptômes généraux, l'unilatéralité de la lésion, les hémoptysies à une période avancée (probablement par l'ulcération de quelque vaisseau dans la caverne pulmonaire) les signes à la percussion et à l'auscultation. Enfin le mode de la mort, qui est survenue chez elle aussitôt que la lésion du coté droit jusqu'àlors circonscrite, s'est étendue au delà des limites qui permettaient encore l'oxygénation du sang à un dégré suffisant pour entretenir la vie.

Le premier malade du Docteur West (observation 1) paraît être mort par une pneumonie du côté opposé, et le second (observation 2) est mort subitement par la rupture d'un anévrisme dans la caverne même.

Le jeune garçon Rouland, dont j'ai parlé en dernier, est mort rapidement par une bronchite.

Aucun d'eux en effet n'est mort par cet épuisement lent avec son cortège de symptômes pénibles, que l'on voit survenir à la fin d'une phthisie chronique d'un type plus ordinaire.

J'ai dit qu'un des caractères du type que nous étudions est l'*unilatéralité* de la lésion ; et pourtant dans chacun des cas nous avons trouvé une lésion au poumon du côté opposé. Mais il faut remarquer que la lésion du côté droit n'a pas été une seule fois semblable (je ne veux pas dire comme *étendue*, cela est évident, mais comme *type*) à celle du coté gauche.

Du reste, lorsqu'il existe d'un côté une lésion telle que je l'ai dé-

crite ce soir, il est inévitable que l'autre poumon soit pris, tôt ou tard; et cela pour plusieurs raisons. Les voici :

1° L'existence d'une vaste caverne pulmonaire d'un côté démontre que nous avons affaire à un sujet prédisposé à souffrir plutôt par les poumons que par un autre organe.

2° A cause de l'étendue de la lésion du côté premièrement affecté, le poumon du côté opposé aura, depuis longtemps, fait un double travail; et ainsi fatigué il sera plus apte à se léser sous une influence fâcheuse quelconque.

3° L'artère pulmonaire du côté de la lésion ne recevant plus ou recevant très-peu de sang, l'artère pulmonaire du côté opposé en recevra une quantité bien au-dessus de la normale; et le poumon par lequel ce surplus doit nécessairement passer sera par conséquent facilement disposé à la congestion.

4° Lorsqu'il existe dans un poumon un ou plusieurs foyers de pus fétide, (comme celui qu'a expectoré ma malade) ce pus, qui séjourne un certain temps auprès les ouvertures des tuyaux bronchiques avant son expulsion, peut devenir une cause de l'infection du poumon du côté opposé, par sa résorption le long des tuyaux qui passent là-dedans.

Un dernier point que je voudrais faire remarquer est celui-ci : dans quatre sur les cinq cas que nous venons d'étudier, c'est à gauche que nous avons trouvé cette combinaison remarquable d'un poumon complètement excavé, avec une plèvre partout adhérente et épaissie au point d'être transformée en une véritable coque fibreuse. La pleurésie chronique avec épanchement (pleurésie latente comme on l'appelle) que je pense avoir pu être la lésion primitive, serait-elle plus commune du côté gauche ?

Ou, y a-t-il quelque raison physiologique ou autre, pour qu'un épanchement à gauche (pourvu toujours qu'il ne soit pas assez abondant pour refouler le cœur), soit mieux supporté par le malade qu'un épanchement à droite.

En cherchant à répondre à cette question. deux faits se présentent à l'esprit comme dignes de considération : 1°, le poumon gauche a un volume moins considérable que le poumon droit, il est évident qu'un malade se passera moins difficilement de celui qui lui sert le moins.

Le *second fait* est le suivant :

Nous sommes pour la plupart *droitiers*. Toute cause mécanique ou autre, qui gêne les mouvements respiratoires, qu'elle porte directement sur l'action du poumon, ou seulement par l'intermédiaire de l'action musculaire, sera plus facilement supporté à gauche qu'à

droite; parceque nous nous servons beaucoup moins du bras gauche et des grands muscles thoraciques du même côté à un dégré correspondant.

Conclusions. Je pense que nous pouvons tirer les trois conclusions suivantes de l'étude des observations que j'ai eu l'honneur de vous présenter ce soir :

1° Il peut exister dans certains cas une lésion pulmonaire de la plus haute gravité et d'une étendue considérable, sans que les symptômes généraux soient suffisants pour éveiller l'attention ou du malade ou de ceux qui l'entourent.

2° La lenteur de la marche de la maladie et l'absence ou l'insuffisance des symptômes généraux dans ces cas, ne changent rien à la gravité du pronostic ; puisque la mort peut survenir très rapidement suite de quelque accident imprévu, d'un moment à l'autre.

3° La combinaison d'une plèvre partout adhérente et très épaissie avec l'excavation complète du poumon du même côté, semblerait indiquer que la lésion primitive dans ces cas a été probablement une pleurésie, et que la lésion pulmonaire a été secondaire.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

Photomount
Pamphlet
Binder
Gaylord Bros.
Makers
Stockton, Calif.
PAT. JAN. 21, 1908

L311.3 Sturge, E.B. 64782
S93 Mémoire sur un cas
1882 de phthisie.

NAME | DATE DUE